OSPEDALE MAGGIORE DI BERGAMO

ES 17

SOPRA UN CASO

DI

ANGIOSARCOMA PRIMITIVO

IN UNA CAPSULA SURRENALE CON METASTASI

OSSERVAZIONE

del Dott. SPARTACO MINELLI

SETTORE

PAVIA

PREMIATO STABIL. TIPO-LITOGRAFICO SUCCESSORI MARELLI

1904

Estratto dalla *Gazzetta Medica Italiana*, n. 38 e 39, 1904.

P. A. d' anni 5 di Chivasso.

I genitori sono viventi e sani. L' ammalato ha un fratello di venti mesi. Sofferse di morbillo. Nessun altra malattia pregressa.

Un mese e mezzo fa circa cominciò la presente malattia con febbre e pochi giorni dopo l' ammalato si lagnò di un dolore all'ipocondrio sinistro, dolore che andò man mano aumentando tanto che da quindici giorni non può più assolutamente camminare ed è quasi costantemente obbligato al letto : l' appetito scemò, ma l' alvo era regolare : dall' anamnestico non risulta che dai parenti fosse stata notata qualche alterazione visibile dell' orina.

Stato presente. — Costituzione scheletrica regolare, aspetto generale abbastanza buono ; colorito della cute roseo, lingua umida. L'ammalato ha leggeri rialzi vespentini di temperatura.

L'addome è tumido, dolente alla palpazioue in tutta la metà sinistra. La percussione da un'ottusità a sinistra che dall'VIII costa va in basso fino quasi alla spina iliaca anteriore superiore e trasversalmente si estende dalla parasternale fino alla linea mediana. L' insufflazione del colon permette di riscontrarne un suono timpanico al posto dell' ottusità sopra riscontrata.

Fatto l' esame nella narcosi cloroformica si palpa una massa voluminosa a superficie alquanto irregolare, di consistenza piuttosto dura, non elastica la quale in basso arriva fino a due dita al disotto della linea ombelicale trasversa, in alto si nasconde sotto l' ipocondrio ed all' interno si spinge fino a due dita al di là della linea mediana. Non discende nei movimenti inspiratori e gode anche di poca spostabilità nel senso

trasversale ; presenta netto il ballottamento renale ; a ridosso della massa del tumore si possono distinguere dei nodetti grossi come una nocciuola alquanto spostabili. Orine limpide, senza elementi morfologici.

Praticato un taglio lungo il quadrato dei lombi, e riconosciuta impossibile l'asportazione del tumore, l'ammalato venne tenuto per parecchi mesi in Ospedale fino a che venne a morte il 17 dicembre 1900.

Autopsia. — La lamina vitrea della calotta cranica è usurata e dall' apertura protende una massa neoplastica che è la proliferazione di un nodo metastatico di tumore che occupa buona parte della diploe. Sulla faccia esterna della dura madre un nodulo neoplastico aderente ad essa situato in corrispondenza dell' usura della vitrea. Ai lati del seno longitudinale un colesteotoma della grandezza di un cece. Seno longitudinale vuoto.

Cervello profondamente anemico.

Cuore indifferente.

Il polmone sinistro è atelettassico da versamento pleurico emorragico. Piccoli nodi neoplastici nel parenchima polmonare e sulla pleura parietale. Il polmone destro è espanso e presenta piccoli nodi neoplastici. Diffusione di questi nodi al diaframma.

Milza indifferente.

Fegato ridotto in volume : presenta nel parenchima piccoli nodi neoplastici parte emorragici parte no.

La porzione cardiaca dello stomaco presenta lasse aderenze colla massa neoplastica.

Il grande epiploon è pieno di nodi pigmentati, nel mesocolon discendente piccoli nodetti grigi : il colon discendente aderisce strettamente al tumore ma questo non ha usurato la parete e non è penetrato nel suo lume.

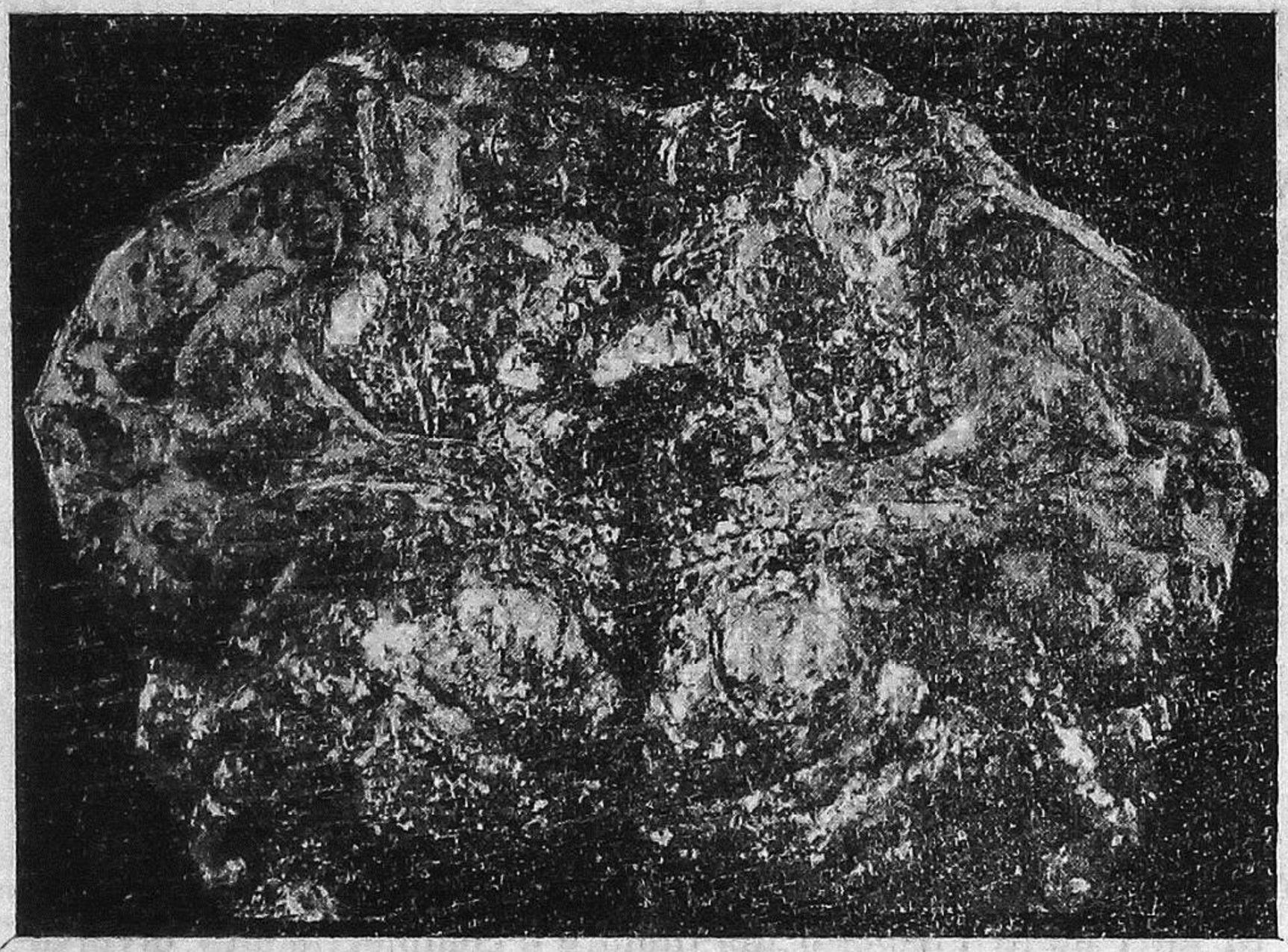
Il rene destro presenta una leggera idronefrosi per compressione sull' uretere.

Il grande tumore occupa tutta la parte sinistra dell'addome, in basso si estende fino alla piccola pelvi e si spinge fino al di là della linea mediana. Esso è tenacissimamente aderente alla parete posteriore dell' addome.

Ha una lunghezza di 22 cm., una larghezza di 17 cm. : è di consistenza spugnosa, e presenta la superficie esterna bernoccoluta. E' completamente circondato da una capsula. Praticato un taglio secondo il diametro massimo di esso si vede che l' aspetto del rene è ancora ben conservato e che la massa neoplastica non è del parenchima renale ma lo circonda.

In corrispondenza della regione della capsula surrenale

esiste la massa più grande del tumore. Essa ha un colore bianco giallastro variegato, in alcuni punti emorragico: la consistenza è spugnosa. Ha una forma globosa ben delimitata da fasci connettivi delle parti circostanti: in alcuni punti stride sotto il tagliente. Attorno a questa massa principale ma come ho detto ben distinti da essa esistono altri ammassi di tumore che sulla superficie del taglio hanno forma cilindrica, ben delimitati l' uno dall' altro come da una capsula connettiva.



Al polo inferiore del rene si hanno uguali masse neoplastiche e così pure alla parte interna. In corrispondenza dell' ilo queste masse circondano i vasi e l' uretere e seguendo questi elementi si addentrano nel parenchima dell' organo; e mentre nelle altri parti il rene è ben delimitato per la sua capsula dalla massa del tumore in corrispondenza del peduncolo si può seguire molto bene l'invasione per questa via del parenchima renale.

Il rene macroscopicamente è ben conservato nella sua forma; la sostanza corticale è conservata in alcuni punti, in altri è diminuita di spessore ed appare come compressa dai nodi del tumore che si avanzano per l' ilo, visibili sono ancora in alcuni punti le sezioni delle piramidi, in altri invece esse non sono più riconoscibili perchè circondate ed invase dai nodi. Non esiste più alcuna traccia di calici e di bacinetto ma le loro pareti sono ravvicinate e compresse dal tumore.

Esame istologico. — L' esame istologico del tumore fu praticato su diverse parti di esso sia al suo polo superiore che al polo inferiore come anche praticai sezioni dal parenchima renale che come ho detto sopra appariva solo infiltrato ma ben distinto dalla massa generale neoplastica.

Polo superiore. — Il tumore presenta un aspetto alveolare. Le maglie sono limitate da grossi fasci di tessuto connettivo con pochi nuclei che vanno man mano suddividendosi in fasci più piccoli. Le singole fibre dei fasci non sono strettamente riunite fra di loro ma spesso nel loro decorso si allontanano le une dalle altre delimitando dei piccoli spazi non rivestiti da endotelio in cui stanno in gran quantità dei globuli rossi ben conservati. Il lume di questi alveoli è riempito da celulle piccole, rotonde, alcune con nucleo unico, intensamente colorato e con protoplasma pure poco abbondante, in altre invece il nucleo è come spezzettato in tante granulazioni ben colorate, e queste cellule benchè abbiano l'aspetto e la forma delle altre sopra ricordate, pure appaiono molto più grosse, il loro diametro è quasi doppio delle precedenti, il loro protoplasma a come rigonfio e colorato molto intensamente dall' eosina. In mezzo a queste varie forme di cellule esistono piccole sfericciuole prive di nucleo, colorate intensamente dal colore acido. Evidentemente si devono considerare come cellule simili alle precedenti completamente morte.

Non ovunque in modo caratteristico, ma frequentissimamente dalla faccia interna della parete degli alveoli partono delle sottili fibrille che circondano le singole cellule neoplastiche.

In altri punti l'aspetto del tumore è completamente diverso. In alcune sezioni appare un gran numero di vasi parte tagliati traversalmente, parte longitudinalmente, sono vasi molto voluminosi riempiti di globuli rossi, alcuni ben conservati, altri invece non colorabili coll'eosina, ma che ad onta del loro volume che è quello delle piccole arterie o di piccole vene hanno la parete sottilissima e costituita da una sola serie di cellule endoteliali. Hanno perciò il valore di capillari dilatati.

Zaffi di fibrina sono frequenti nell'interno di questi vasi ma non ne occludono il lume nè si riscontrano in tutti.

Quà e là diffuse nel preparato e con prevalenza ma non esclusiva nei fasci connettivi che in vario senso decorrono nel tumore si trovano delle lacune non rivestite da endotelio, e riempiti di sangue ben conservato.

Estesissime aree necrotiche esistono nel tumore: esse o sono in tutta vicinanza dei vasi o sono variamente sparse: In esse delle zone molto estese intensamente e diffusamente colorate delle ematossilina scompaiono e si trattano con una

soluzione di acido solforico svolgendo delle bollicine di gaz. Credo si possa asserire trattarsi di sali di calce.

Se si osserva questo stesso preparato in altri punti si ha un aspetto diverso del tumore e che è il più caratteristico di esso; in primo luogo si vedono dei fasci di tessuto connettivo che spesso nel loro decorso presentano una doppia serie di cellule simile a cellule endoteliali. Alcune volte questi fasci sono compatti e sembrano come ravvicinati fra loro per compressione del tessuto circostante, altre volte invece nel loro tessuto interno si osserva un lume il quale o è vuoto o contiene globuli rossi ben conservati. Oltre a questi fasci connettivi cui la sezione colpì longitudinalmente al loro decorso se ne osservano degli altri ma tagliati traversalmente nei quali l'aspetto è ancora più caratteristico ; presentano cioè più evidente alla loro parte centrale una cavità rivestita da endotelio, e contenente globuli rossi ben conservati ; anche in questi la cavità è spesso obliterata o per ravvicinamento delle pareti, o anche benchè più di rado per proliferazione delle cellule avventizie. Senza alcun dubbio si debbono considerare come vasi sanguigni obliterati. Tutti questi vasi sono. dalla loro parete avventiziale circondati da un gran numero di piccole cellule rotonde ben conservate le quali non avvolgono da ogni parte il vaso e sono disposte quasi radialmente al suo lume, separate queste cellule, almeno nelle parti più vicine al vaso da sepimenti connettivi sottilissimi che si spiccano dalla sua parete. Ne risulta in tal modo un aspetto caratteristico del tumore che nei punti più tipici appare costituito da tanti cilindri cellulari di diametro diverso nel cui interno esiste un vaso. Benchè la fisfisazione del tumore sia stata fatta in formalina al 2 0[0 per cui non si possono vedere le fine particolarità delle cellule e specialmente del nucleo, si possono però riconoscere in questo punto distintamente delle cariocinesi : anzi devo aggiungere che solo in questi cordoni cellulari che circondano i vasi trovai nuclei in movimento. In nessun altro punto del tumore mi fu dato di riscontrarne. Fra cellula e cellula si trovano sovente dei globuli rossi che costituiscono una vera emorragia e si ha l'impressione che il sangue esca per diapedesi attraverso alle sottili pareti dei vasi.

Rene. — Di grande interesse si è ancora l'osservare il modo con cui avviene l' invasione del parenchima renale. Gia macroscopicamente si osserva, come ho detto più addietro che il neoplasma, dopo essersi sviluppato nelle adiacenze del rene e specialmente al suo polo superiore segue i vasi dell'ilio e per questa via si addentra nel parenchima renale. Questo fatto si conferma ed anzi si dimostra meglio all' esame microscopico.

Si osserva in primo luogo che la capsula del rene è ispessita ma ben conservata in tutto il contorno del rene. Qnà e là nel suo spessore si osservano nodi metastatici del rumore.

La sostanza corticale è spesso ben conservata sia nei canalicoli, contorti che nei glomeruli malpighiani (5 a). In alcuni preparati (5 b) si ha neoformazione di tessuto connettivo giovane fra i glomeroli ed i canalicoli contorti. Benchè l' epitelio dei canalicoli sia generalmente conservato, nel loro interno si vedono quà e là dei cilindri ialini (6 a).

Se nel taglio del rene si comprende oltre che la sostanza corticale anche la midollare si vedono di stintamente gli zaffi del tumore addentrarsi a file di cellule compatte fra i tubuli retti spostandoli e distruggendoli, schiacciando in alcuni punti il lume dei calici le cui due pareti sono ravvivate. Questi zaffi sono anche caratteristici per questo che quasi costantemente nella loro parete che confina per dir così colla sostanza renale presentano un alone emorragico ed i globuli rossi sono ben conservati per cui si possono considerare come recenti. Ma quello che è ancora più importante in essi si è che in loro non è più conservato l'aspetto che il neoplasma aveva nelle sezioni situate in corrispondenza della capsula surrenale e che ho descritto più addietro, ma si presenta invece col carattere di un sarcoma a piccole cellule rotonde. Questi zaffi si portano in alto verso la capsula aprendosi per così dire una via in mezzo alla sostanza corticale.

Polo inferiore. — La struttura istologtca dei preparati di questa sezione del tumore non è essenzialmente diversa da quella delle altre sezioni.

Un fatto però pare certo, che cioè in questi punti è più costante la struttura alveolare che non quella di cilindri cellulari che circondano i vasi.

Devo ancora menzionare prima di terminare la descrizione istologica del tumore un altro fatto importante perchè molto diffuso in esso e che colpisce l'osservatore che è l'estesa necrosi che interessa una gran parte dei suoi elementi: in alcune sezioni essa è così estesa che occupa delle zone intere di un campo microscopico; essa interessa sia gli elementi del tumore che il connettivo di sostegno e le pareti dei vasi: in queste parti morte precipitano i sali di calce.

Sfortunatamente essendo stato il tumore fissato in formalina non posso praticare una ricerca che sarebbe di grande importanza in questocaso cioè la ricerca del glicogeno, il quale come è noto esiste normalmente ne le capsule surrenali sia nei bambini come anche nell' adulto e pare che serva alla sua funzione, benchè a dire il vero la sua importanza nei tumori

di questa natura sia molto minore di quella che aveva una volta, perché venne trovato anche in tumore di altra natura e messo in rapporto secondo alcuni col loro rapido sviluppo.

Alla faccia superiore dell' ilo del rene, racchiuso nella massa neoplastica trovai una sezione di ganglio nervoso completo con cellule rotondeggianti e numerosi prolungamenti protoplasmatici.

I cilindrassi sembrano privi di guaina mielinica. Esso è da ogni parte circondato dalle cellule del neoplasma e solo in un punto esse si addentrano nello spessore del ganglio. Senza dubbio si tratta di un ganglio del simpatico stato avvolto nella massa neoplastica.

É importante, dopo la descrizione di questo tumore venir a tirare alcune considerazioni sulla sua natura e speclalmente sulla sua origine tanto più che in questi ultimi tempi ha preso grande importanza istologica la categoria di tumori di cui mi occupo e sotto il nome di « ipernefromi » vengono radunati una quantità di tumori sia del rene stesso che delle sue adiacenze.

Il primo fatto che subito mi pare si possa escludere in questo tumore si è che esso abbia origine dal tessuto renale. Già microscopicamente si vede che il rene non ha perduto la sua forma, che esso è dovunque circondato dalla capsula ispessita che lo delimita bene dalla massa neoplastica: all' ilo si segue bene il modo d' invasione assieme agli elementi del peduconcolo: microscopicamente poi il fatto è ancora più evidente perchè si vede come il tessuto renale si comporti passivamente di fronte agli elementi neoplastici: i tubuli retti nella sostanza midollare, i glomeruli ed i canalicoli contorti nella corticale sono spostati dall' infiltrarsi degli zaffi neoplastici: non esiste mai una vera capsula che separi nettamente gli zaffi stessi dal parenchima del rene. Solo quà e là si vede una infiltrazione parvicellulare ed una neoformazione di connettivo giovane fra i canalicoli contorti che si può considerare come una reazione del connettivo renale all' avanzarsi del tumore. Ma non è possibile scorgere in alcun punto un qualche fenomeno attivo che possa essere preso come punto di partenza di un processo nèoplastico.

Visto in tal modo che l' origine del tumore non è dal

rene veniamo a considerare le sezioni di altri punti del neoplasma.

Il punto in cui la massa neoplastica è più forte è, come ho già detto la regione della capsula surrenale. In questo era importante praticar l' esame istologico ed è qui infatti che ottenni i migliori risultati per indurne dei dati sull' origine di esso.

Si è in questi punti che lo stroma del tumore è costituito da quei fasci connettivi con doppia serie di cellule endoteliali contenenti o no globuli rossi che tanto bene si vedono nelle sezioni ehe li hanno colpiti normalmente al loro decorso e che come ho detto nella descrizione istologica si devono considerare come vasi sanguigni. Le cellule neoplastiche circondano completamente questi vasi e sembrano come spiccarsi radialmente dalla loro parete esterna.

Queste parti si devono considerare come le più giovani del tumore ; in esse non troviamo mai il fatto che è così diffuso in tutto il resto del neoplasma cioè la metamorfosi regressiva : quivi sono le più frequenti se non le più numerose forse anche per la qualità del liquido fissatore le forme cariocinetiche ; quivi ancora potei colpire in parecchi punti delle vere forme di passaggie delle cellule avventiziali alle cellule neoplastiche. Poichè nelle pareti circostanti ai vasi prende il suo principiò la proliferazione cellulare, noi dobbiamo considerare le cellule che sono in questo punto, cioè le cellule avventiziali come il punto di partenza di essa: e poichè nella sezione della capsula surrenale e più forte la massa neoplastica è quivi più attiva la proliferazione cellulare credo che si possa indurne che dai vasi della capsula stessa ha preso punto di origine il neoplasma.

Koloczsk *(Deuesche zeit cfr. fur Th.* Ld. Quind, Ld. (3) non fa alcuna distinzione fra quei tumori che ora si chiamano endoteliomi e gli angiosarcomi considerando le cellule avventiziali cioè i periteli come endoteli delle guaine linfatiche perivasali. La questione non è ancora completamente risolta e perciò anche Manasse *(Virchow Archiw*, Bd. 143, tsef 2) non si pronuncia sull' argomento ed adopera per questa categoria di tumori la denominazione di sarcoma perivascolare.

Riguardo ai neoplasmi che hanno origine dalla capsula surrenale o da germi aberranti di essa inclusi nei rene, si hanno molti lavori nei tempi più recenti i quali tendono a cercare nei punti più diversi dell'organo il punto di partenza del processo neoformativo.

Prima che Grawitz nel 1883 dimostrasse che una grande quantità dl tumori inclusi nel rene proviene da germi di capsule surrenali che rimangono inclusi nella vita fetale, la natura di questi tumori non era riconosciuta ed in massima parte venivano chiamati lipomi del rene. Egli, riconosciuta in essi la struttura della sost. corticale della capsula surrenale li chiamò « struma lipomatodes aberratae renis » conservando il nome di « strumae adrenales » agli ingrossamenti patologici delle capsule surrenali. Questo nome venne in seguito cambiato in quello di « strume suprarenalis sarcomatodes aberrans ».

Ma mentre in principio venne senz' altro accettata la teoria di Grawitz in seguito insorsero autori che la impugnarono: così Driessen descrive due casi del tutto simili, ma mentre li fa derivare da germi aberranti di capsule surrenali ne rigetta l'origine della sost. corticale di essa, e li considera invece come endoteliomi. (Driessen Untresuchung über glikogenreiche Endotelìome Jngleis Beiträge 1897 Bd. 12) (Hilbebrandt Uber den Bau gevisser Nierentumoren. Langenbeks, Arch. 1894 Bd. 47) si accosta a questa interpretazione Sudeck (Uber die Structur der Nerven adenomen Virchow Archiv 1893 Bd. 133 und. Zur Lehr von den Aberrirten Nebeumiesen geschwulsten in der Nieve, id. 1894 Bd. 136).

Il numero dei tumori descritti come provenienti direttamente dalle capsule surrenali è certamente inferiore a quello dei tumori provenienti dal rene per germi di capsule surrenali incluso in esso. Scorrendo la letteratura degli ultimi dieci anni in proposito si trovano pochi casi di simili neoplasmi descritti dagli autori.

Di simili se ne trovano due casi riportati nella statistica di Lubarchs dei quali uno è di Marchand e l'altro dell'autore (Caso 2).

Morris ha tre casi di tumore delle capsule surrenali; per ciò che riguarda l'eziologia egli non ritiene sufficienti

le teorie fin qui emesse, e nota la difficoltà della diagnosi fra i rumori del rene e delle capsule surrenali. Rollestone e Marcks notano come i tumori primari maligni delle capsule surrenali sieno rari e come sia mediocramente costante in essi la tendenza alle emorragie ed al rammollimento della parte centrale con formazione di pseudocisti. E' rara l' affezione bilaterale, la forma più frequente è il sarcoma (15-24). L' età media è per le donne di anni 31,5 per gli uomini 43,5. Nella giovane età la malattia è rara, I quattro casi sotto i 4 anni sono muliebri. Manca quasi sempre il quadro del morbo di Addison.

Brùkanow studiò nell' Istituto anatomo-patologico di Praga trentatre tumori provenienti dalle capsale surrenali tra i quali un neurofibroma con cellule ganglionari, un lipoma, più sarcomi e carcinomi; nota però che la parte prevalente è data da nodi adenomatosi.

Schwartz riferisce l'esportazione di un tumore il cui esame istologico dimostrò essere un cilindroma proveniente dalla capsula surrenale che aveva invaso la metà superiore del rene mentre la metá inferiore era intatta.

Per quanto si riferisce poi al punto di origine esatto di questi tumori provenienti dalle capsule surrenali si trovano poche discussioni, le quali invece sono molto numerose e vive per quei tumori che provengono da germi di cnpsule surrenali incluse nel rene.

In ciò gli autori sono divisi in due campi distinti,

Gli uni seguendo la teoria di Grawitz li fanno derivare dalla sostanza corticale della capsula surrenale, gli altri invece rigettano questa idea e ne pongono il punto di parteuza negli elemeuti perivasali.

I caratteri che vengono dati dai primi in sostegno della loro ipotesi sono numerosi e diversi da Horn, da Benecke, da Lubarsch e sono ben riassunti dall' Alessandri. I tumori sono ben delimitati da una capsula, ben distinti dalla sostanza renale si presentano in sezione a nodi multipli di grandezza varia, di colorito giallo arancione caratteristico che può variare dal giallo zolfo bruno e che somigliano quindi anche anatomicamente alla sost. corticale delle capsule surrenali, la loro consistenza è molle, al loro centro sono rammolliti con formazione di pseudocisti.

Come caratteri istologici vengono dati: la disposizione delle cellule nelle maglie di questa rete in cordoni pieni od isole in una o due serie irregolarmente accollate come la parte superficiale delle capsule surrenali o la forma e la grandezza delle cellule, la mancanza di un lume ben definito che faccia pensare a lumi ghiandolari, la diversa colorazione del nucleo e del nucleolo che si trova normalmente nelle capsule surrenali, mai nel rene e nel fegato, la presenza di gocciole adipose di infiltrazione, la ricchezza in glicogeno, la distinzione dal tessuto renale per una capsula.

Gli altri invece (Driessen, Hildebrandt, Sudeck ecc.) notano che pur essendo grande la somiglianza sia microscopica e istologica di questi tumori colla capsula surrenale però essi hanno dei caratteri per cui sono del tutto diversi e che gli fanno credere che si tratti piuttosto di periteliomi, tali sono ad esempio il rapporto intimo che esiste fra le cellule neoplastiche e la rete vasale dello stroma: le forme di passagglo che Hildebrandt ha notato specialmente nei periteli dei vasi sanguigni, i quali periteli si rigonfiano e raggiungono il volume e l'aspetto degli elementi del rumore.

Per ciò che riguarda il mio caso questa teoria dell'Hildebrandt per i tumori da germi inclusi nel rene dai periteli dei cui vasi egli fa derivare il neoplasma è completamente soddisfacente. L'origine del neoplasma dalle cellule avventiziali delle pareti dei vasi mi pare che assolutamente non si possa negare: sia per i caratteri istologici ai quali ho diffusamente accennato più addietro nella descrizione del tumore, come anche per il fatto su cui voglio ancora qui insistere, vale a dire per le evidenti forme di passaggio dalle cellule avventiziali alle cellule neoplastiche in vicinanza di essa. Riguardo a questo ultimo carattere che a me pare tanto importante voglio ancora accennare come qualche autore, oppugnando l'ipotesi dell'Hildebrandt asserisca come il dimostrare delle forme di passaggio non abbia che ben poca importanza, avvertendo come basandosi su questo fatto Wirchow derivasse dagli elementi del connettivo, Arnold dai corpuscoli bianchi e dalle cellule di granulazione le cellule atipiche del cancro.

Questo fatto a me non pare vero inquantochè a me sembra anzi che il poter oggi dimostrare delle sue forme di passaggio da una cellula connettiva tipica quale è quella dell' avventizia di un vaso ad una cellula connettiva atipica quale è quella di un tumore sarcomatoso, abbia un valore dimostrativo sull' origine periteliale del tumore.

Ho voluto accennare anche brevemente a queste ultime idee sull'origine dei tumori del rene provenienti da germi inclusi di capsule surrenali perchè l' aver avuto l' opportunità di colpire in un tumore proveniente sicuramente dalla capsula surrenale non aberrante il punto di partenza dai periteli dei vasi sanguigni, mi pare che abbia qualche importanza e qualche nesso cogli altri, accostandomi perciò anche per essi più alla teoria dell' Hildebrandt che a quella di Grwitz.

Riassumendo perciò abbiamo in questo caso un neoplasma che sviluppatosi nella regione della capsula surrenale, da questo punto si estese nel tessuto perirenale e per la via dell' ilo invase il parenchima del rene. La massa più grande del tumore nella regione della capsula surrenale, il fatto che in questo punto esso è più vecchio mi fanno credere che il neoplasma venga direttamente dalla capsula surrenale. All' esame istologico ciò si conferma perchè si vede che in questo punto è più attivo il processo di proliferazione cellulare. Istologicamente poi si assoda che le pareti dei vasi sono il punto di origine del neoplasma e più propriamente le cellule avventiziali. Nel progressivo decorso il tumore assume l' aspetto ora di sarcoma alveolare ora di sarcoma a cellule rotonde.

Nelle metastasi del rene si comporta come un sarcoma a cellule rotonde.

Un ganglio del simpatico venne involto nella proliferazione cellulare.

Per cui la diagnosi anatomo-patologica di questo neoplasma è di peritelioma maligno (angiosarcoma) della capsula surrenale. Gli elementi della sostanza corticale delle capsule surrenale non hanno nessuna parte nello sviluppo del neoplasma.

Con termine empirico ma adoperata da molti autori il neoplasma suddetto può essere denominato anche: Ipernefroma maligno.

Bibliografia

Grawitz. — *Virch. Arch.*, Bd. 93, pag. 39.
Kolaczeck. — *Deut. Zeitsch. für kl. Med.*, Bd. 9, und Ed. 13.
Manasse. — *Virch. Arch.*, Bd. 143, Heft 3.
Driessen. — Untersuchung ueber glikogenreiche Endoteliome — *Ziegler' s Beiträge*, Bd. 12, 1892.
Hildebrandt. — Ueber den Bau gewisser Nierentumoren, ihre Bezeichnung zu den Nierenadenomen und zur Nebenniere, nebst Mittheilungen ueber den glikogenbefund in diesen sowie in anderen Geschwülsten. — *Langenbek' s Arch.*, Bd. 47, 1894.
Horn. — Bósartigen Nebennierengeschwülsten. — *Ziegler' s Beiträge*. Bd. 126.
Askanazy. — Bösartigen Nebennierengeschwülsten. — *Ziegler' s Beiträge*, Bd. 14.
Lubarsch. — Beiträge zur Histologie der von Nebennierenkeimen ausgehenden Nierengeschwülsten.
Ueber die Abstammung gewisser Nierengeschwülsten von embrionalen absprengten Nebennierenkeimen. — *Virch. Arch.*, Bd. 137, 1894.
Sudeck. — Ueber die Structur der Nieradenomem ; Jhre Stellung zu den strumal suprarenales Aberrat (Grawitz). — *Virch. Arch.*, Bd. 133, 1892. — Zur Lehre von den Aberrirten Nebennierengeschwülsten in der Niere. — *Ibid.*, Bd. 136, 1894.
De Paoli. — Beiträge zur Kenntnis der primären Angiosarcomen der Niere. — *Ziegler' s Beiträge*, Bd. 8 1890.
Langhans. — Ueber Glikogen in patologischen Neubildungen und den menschlichen Nibaten. — *Virch. Arch.*, Bd. 120, 1890.
Gatti. — Sui neoplasmi dei reni sviluppati da germi aberranti di capsule surrenali. — Accademia Medica di Torino, 15-XI, 1896.
Alessandri. — *Policlinico*, 1896.
Marchand. — Tumor der link. Nebenniere mit Lebermetastasen. — *Internat. Beiträge*, 3 wissenschaft M. t. R. Virchow, S. 373.
Morris. — Primaris tumours of the suprarenal gland and their removal operation. — *Brit. Med. Journ.* 18 Nov. 1899.
Rolleston e Marks. — Primaris malignant disease of the suprarenal bodies. — *Americ. Journal of Med. scienc.*, october, 1898.
Bruhanovv. — Zur Kenntnis der primären Nebennieren geschwülsten. — *Zeisfchr. für Heilk.*, Bd. 20, 1898.
Schwartz. — Tumeur de la capsule surrenale droite. — Nefrectomie. — *Bull.* et *Memoire de la Societé de Chirurgie*, pag. 764, 1893.
Benecke. — Pathologischen Anat. — *Ziegler' s Beitträge* Bd. 91.